

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 126

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ULCÈRES LATENTS DE L'ESTOMAC

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1921

PAR

René SOULIER

Né à Nîmes (Gard), le 2 février 1895

EX-EXTERNE PROVISoire DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

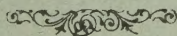
EX-INTERNE DE L'HOPITAL PRINCE-ALBERT, DE MONACO

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

DUCAMP professeur, *président*.
VEDEL, professeur.
EUZIÈRE, agrégé.
RIMBAUD, agrégé.

Assesseurs



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ULCÈRES LATENTS DE L'ESTOMAC



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 126

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ULCÈRES LATENTS DE L'ESTOMAC

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1921

PAR

René SOULIER

Né à Nîmes (Gard), le 2 février 1895

EX-EXTERNE PROVISoire DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

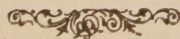
EX-INTERNE DE L'HOPITAL PRINCE-ALBERT, DE MONACO

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ DUCAMP professeur, *président*.
VEDEL, professeur.
EUZIERE, agrégé.
RIMBAUD, agrégé.

{ Assesseurs



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1921



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	}	MM. GILIS.
Histologie		VIALLETON.
Physiologie	}	GRYNFELT
Physique médicale		HEDON.
Chimie biologique et médicale	}	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales		DERRIEN, <i>doyen.</i>
Anatomie pathologique	}	GRANEL.
Microbiologie		MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales	}	LISBONNE
Pathologie interne		BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	}	N...
Hygiène		VIRES.
Médecine légale et toxicologie	}	BERTIN-SANS (II.)
Clinique médicale		N...
Clinique chirurgicale	}	DU CAMP.
Clinique obstétricale		VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	}	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique		FORGUE, <i>assesseur.</i>
Clinique des maladies des enfants	}	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		MAIRET.
Clinique gynécologique	}	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires	}	ESTOR.
		DE ROUVILLE.
		MOURET.
		JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS et RODET

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	{	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	{	MM. RICHE.
		GAUSSEL.			ETIENNE.
Anatomie	{	EUZIERE.	Accouchements	{	LAPEYRE.
		RIMBAUD.			DELMAS (P.).
Chimie	{	MARGAROT.	Histoire natur.	{	GALAVIELLE.
		DELMAS (J.).			CABANNES.
		MESTREZAT	Physique		PECH.

Examineurs de la thèse:

MM. DUCAMP, professeur, <i>Président.</i>	MM. EUZIERE, agrégé.
VEDEL, professeur.	RIMBAUD, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA SECONDE MÈRE

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

A TOUS LES MIENS

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

R. SOULIER.

A MON PRÉSIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

AU DOCTEUR CAILLAUD
CHIRURGIEN-CHEF DE L'HOPITAL PRINCE-ALBERT
DE MONACO

R. SOULIER.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ULCÈRES LATENTS DE L'ESTOMAC

INTRODUCTION

Le sujet qui nous a paru devoir faire l'objet de cette étude, nous a été fourni pendant notre séjour comme interne à l'Hôpital Prince-Albert, à Monaco, par l'observation de plusieurs malades qui sont entrés dans le service de chirurgie de cet Hôpital, avec tous les symptômes d'une ulcération gastrique en pleine évolution, se manifestant brusquement par des accidents graves, tels qu'une hématomèse abondante, ou une péritonite aiguë mettant la vie de ces malades en danger.

Ces conséquences classiques de l'ulcère gastrique ne nous auraient pas étonné, si plus tard, en les interrogeant et en nous efforçant, pour étayer notre diagnostic, de rassembler tous les renseignements ayant trait à l'histoire de la maladie, nous n'avions constaté qu'il n'existait aucun symptôme dans leur passé susceptible de faire prévoir, et par suite, de prévenir des accidents aussi importants.

Parmi les quelques cas que nous avons pu suivre dans

le service, se rapportant au tableau clinique que nous venons de signaler, nous ne retiendrons que deux observations particulièrement typiques. Nous joindrons enfin une troisième observation, due à l'obligeance de M. le professeur Ducamp, recueillie dans son service de l'Hôpital Suburbain, de Montpellier, par M. Roume, son interne.

Les deux malades de l'Hôpital de Monaco, deux femmes, ont été amenées d'urgence dans le service pour hémorragie grave, répétée, par voie buccale et intestinale, faisant craindre à tout instant une issue fatale.

Nous n'avons noté chez elles aucun trouble antérieur. Ces deux femmes étaient en parfaite santé: tout au plus, peut-on signaler chez l'une d'elles, après un interrogatoire minutieux, quelques signes légers de dyspepsie banale, pesanteur, somnolence après les repas, constipation, anémie, etc.

En présence d'accidents aigus semblables, symptômes d'une affection qui évolue d'ordinaire avec un ensemble de signes prémonitoires qui font rarement hésiter le diagnostic, nous nous sommes efforcés de savoir, d'après les observations et les travaux parus, si, en s'entourant de toutes les ressources que nous fournissent la clinique, le laboratoire et la radiologie, il ne serait pas possible de dépister les ulcères latents au début de leur évolution. Grâce à cet examen complet, le médecin pourrait découvrir chez un malade qui viendrait le trouver souvent pour toute autre cause, dyspepsie, anémie, chlorose, amaigrissement, des signes qui lui feraient penser à l'ulcère. Le diagnostic posé, il pourrait alors mettre en œuvre une thérapeutique médicale ou chirurgicale qui mettrait son malade à l'abri d'accidents très graves, pouvant, en quelques heures, amener la mort.

Mais avant d'aborder ce travail, qu'il nous soit permis de dire ici toute notre reconnaissance aux maîtres bien-

veillants et éclairés qui nous ont prodigué leur enseignement pendant le cours de nos études médicales.

Nous nous sentons bien incapable de remercier, comme il le faudrait, notre maître, Monsieur le professeur Ducamp. Pendant l'année que nous avons passée à son service comme externe d'abord, comme interne suppléant ensuite, il s'est montré pour nous plein de bonté et de sollicitude. Il nous a prodigué en toutes circonstances ses lumières et ses conseils. Nous le prions d'agréer nos respectueux remerciements pour avoir bien voulu nous faire le grand honneur de présider notre thèse, ainsi que l'hommage de notre profonde reconnaissance.

Nous tenons aussi à exprimer toute notre gratitude à M. le professeur agrégé Etienne, qui a bien voulu nous aider dans la rédaction de cette thèse et nous a montré en toute circonstance un si grand dévouement et une si vive sympathie.

Nous sommes heureux également au terme de ces études, d'apporter nos remerciements aux Maîtres de la Faculté de Montpellier avec lesquels nous avons été plus particulièrement en rapport au cours des stages hospitaliers et de l'externat.

Que M. le professeur Vedel, pour sa sollicitude pendant les quelques mois passés à son service, que MM. Rimbaud et Leenhardt, qui nous ont toujours témoignés une si vive sympathie, soient assurés de notre souvenir reconnaissant.

Nous remercions M. le docteur Carrieu, chef de clinique de M. le professeur Ducamp, et M. Blouquier de Claret, interne des hôpitaux, qui nous ont si souvent aidé de leurs conseils et nous ont marqué une si vive amitié.

A tous nos Maîtres enfin, dans les hôpitaux et à la Faculté, nous apportons ici, dans l'amertume de cette séparation, l'hommage de notre plus vive admiration et de notre gratitude infinie.

DEFINITION

On désigne sous le nom d'ulcères latents de l'estomac, des ulcérations siégeant sur la muqueuse gastrique, qui évoluent déjà depuis un certain temps, sans qu'à aucun moment le malade, porteur de cette lésion, n'en soit incommodé, ni ne songe à se faire soigner.

Les lésions évoluent absolument sans troubles et laissent le malade sans méfiance jusqu'au jour où brusquement à la suite d'un mouvement quelconque, d'une veille prolongée ou d'un repas plus copieux, la maladie se déclare d'emblée par des phénomènes très graves, tels qu'une hématomatose abondante ou même une perforation de l'estomac.

On peut comprendre parmi les ulcères latents les ulcères dits méconnus; ce sont évidemment les plus fréquents et l'on désigne plus particulièrement sous ce nom les ulcères qui ne se sont manifestés, au cours de leur évolution, que par quelques légers signes bénins, sans grand caractère, tout à fait atypiques et qui, s'ils ont inquiété le malade au point de l'inviter à prendre conseil d'un médecin, n'ont pu faire penser qu'à une dyspepsie banale ou à de l'atonie gastro-intestinale.

Brinton et Valleix prétendaient que jamais les antécédents ne manquaient dans les ulcères gastriques. Cependant nombreuses sont déjà les observations publiées d'ul-

cères sans antécédents; nous n'en voulons pour preuve que les 88 observations d'ulcères latents avec perforation, rapportées dans la thèse de Ball en 1904; les observations de de Chaussier, de Cruveilhier, de Grasset, de Bazy, etc.; celles publiées par Roshem (Thèse de Lyon, 1913), par Pelloux en 1920, l'observation de Hache, de Souligoux, enfin l'observation récente d'Abadie, d'Oran, sur un cas de perforation gastrique chez un jeune homme de 15 ans.

ETIOLOGIE

L'ulcère de l'estomac, dont le nombre augmenterait d'année en année, d'après Payne, se rencontre avec un maximum de fréquence en Allemagne, en Amérique (Etats-Unis surtout et Canada) et en Angleterre. On peut dire qu'en général les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes, et la proportion serait même de 1 p. 200 environ.

L'âge d'élection est de 20 à 30 ans. Mais combien trouvons-nous d'exceptions à cette règle. Sans insister sur les érosions gastriques hémorragiques des nouveau-nés décrites par Rillet, Barthez, Parrot, Hutinel entre autres, nous devons signaler des observations d'ulcère de l'estomac chez des personnes de tout âge. Nous le trouvons chez l'adolescent. Le malade d'Abadie n'avait que 15 ans. Nous le trouvons chez le vieillard: Brinton soutenait même que l'ulcère simple est beaucoup plus fréquent chez le vieillard que chez les personnes jeunes. Jaccoud partageait l'avis de Brinton et disait: « La maladie est d'autant plus fréquente que l'âge est plus avancé ». Mais on leur a objecté qu'ils confondaient l'âge de la morbidité avec celui de la mortalité; car bon nombre d'ulcères latents qui ont existé chez les jeunes se sont cicatrisés et sont passés inaperçus. Cependant, d'après les observations de Riesel et de Battandier (Thèse de Montpellier, 1904), l'ulcère de l'esto-

mac chez les gens âgés n'est pas une rareté, mais il est alors beaucoup plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Par l'étude de la plupart des observations d'ulcères, on peut noter que la plus grande partie des malades exerce une profession pénible, nécessitant la station debout prolongée: garçons de café, et servantes en particulier.

Ball qui dans sa thèse rapporte 88 observations, conclut les faits suivants de leur examen: un tiers d'ulcères latents perforés chez l'homme, deux tiers chez la femme; âge moyen: 34 ans chez les premiers, 27 ans chez les seconds; enfin, dans 41 cas sur 88, il ne signale absolument aucun antécédent pathologique, ni aucun symptôme prémonitoire.

D'après Savariaud, la latence serait même le privilège des ulcères hémorragiques ou perforants; car l'évolution insidieuse de l'affection ne permet pas à l'organisme une réaction de défense suffisante.

Les ulcérations gastriques, pouvant évoluer à l'état latent, peuvent être le fait d'une infection générale telle que la tuberculose, la chloro-anémie, la fièvre typhoïde, et plus rarement, toutes les autres maladies infectieuses.

Nous ne parlerons que pour mémoire des ulcérations de la gastrite alcoolique, de la gastrite urémique, des ulcérations dues aux grandes brûlures; toutes peuvent évoluer insidieusement.

Enfin, nous devons signaler toutes les ulcérations et ce sont les plus fréquentes, dont la cause exacte est indéterminée et qui constituent ce que l'on désigne en clinique sous le nom d'ulcère simple de l'estomac, *ulcus rotundum* ou ulcère de Cruveilhier. On pense de plus en plus, à l'heure actuelle que l'ulcère chronique n'est souvent qu'un ulcère symptomatique évoluant dans des conditions parti-

culières d'acidité du suc gastrique. Letulle, Dieulafoy, Chantemesse et Widal ont particulièrement soutenu cette théorie.

Mentionnons encore les ulcérations décrites par Dieulafoy sous le nom d' « exulcération simple », qui ne sont souvent que le premier stade de l'ulcère chronique simple. Ces ulcérations, qui ne dépassent pas la *muscularis mucosæ*, provoquent souvent des hémorragies foudroyantes et quelquefois mortelles, alors que bien souvent, elles évoluent à l'état latent absolu.

Nous signalerons enfin d'une manière toute spéciale l'ulcère syphilitique. Les cas de syphilis gastrique sont en effet plus fréquents qu'on ne pense, et si les observations n'en sont pas plus nombreuses, c'est que le diagnostic en est plus difficile.

La première observation est celle d'Andral, en 1834. Nous pouvons citer depuis celles de Cruveilhér, Virchow, Hirschfeld, Hayem, Chiari, Fournier, celles de Pater (Thèse de Paris, 1907), celle de Lacassagne (Thèse de Lyon, 1911).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Si l'on consulte les statistiques de Rosenheim et de Brinton, l'on constate que le siège de l'ulcère de l'estomac se trouve avec une plus grande fréquence dans la paroi postérieure de l'organe. Lebert, par contre, indiquerait la région pylorique comme le point gastrique le plus souvent atteint, et ceci dans la proportion de 50 % environ.

Ce sont évidemment les deux sièges principaux de l'ulcère de Cruveilhier. Mais en compulsant les observations d'ulcères latents, on voit que le siège peut être quelquefois tout différent. Mayo Robson dit que l'ulcère est situé assez fréquemment tout près de la fin du cardia et très près de la petite courbure de l'estomac.

L'ulcère gastrique est généralement unique, mais il n'est pas rare de découvrir deux, trois et même quatre ulcères. Nous n'avons noté sur 80 observations que 14 ulcères doubles (Ball), et une seule fois un ulcère quadruple. Mais il est moins rare de trouver à côté d'un ulcère en pleine évolution des ulcères cicatrisés.

Le diamètre de l'ulcère peut varier entre les dimensions d'une pièce de 50 centimes et d'une pièce de 5 francs. Cruveilhier en a cependant signalé un de 16 centimètres de long sur 8 de haut.

L'ulcère récent, simple, est remarquable par sa netteté; il est comme taillé à l'emporte-pièce; ses bords sont min-

ces et à peine tuméfiés dans les premiers temps. Le plus souvent, le processus d'ulcération s'est étendu à la muqueuse d'abord, et à la musculuse ensuite; le fond de l'ulcère n'est alors constitué que par la séreuse seule. En cas de perforation seulement, on trouve une libre communication entre la cavité gastrique et la cavité péritonéale.

Au niveau du fond de l'ulcère, on découvre souvent une ou plusieurs artères, béantes ou oblitérées par un caillot. C'est là que s'est effectuée l'hémorragie qui a amené la mort du malade. L'hémorragie foudroyante a lieu quand le processus ulcératif ouvre la paroi de gros troncs artériels, tels que ceux de la coronaire, de la splénique, de la pylorique ou de la gastro-épiploïque gauche.

Dans l'ulcère syphilitique, on voit que le tréponème localise son action sur la muqueuse gastrique, où il fait une gomme. Ce sont des néoformations, arrondies, plates, circonscrites, faisant saillie à l'intérieur de l'estomac. Elles évoluent vers deux processus: le ramollissement et la sclérose. La fonte de la gomme débute dans la sous-muqueuse, et l'ulcération qui en résulte s'étend d'une part vers la muqueuse, d'autre part vers les couches externes. L'ulcère syphilitique a des bords épais et durs, rarement taillés à pic (Birsch-Hirschfeld). Ses dimensions, variables, peuvent aller jusqu'à 5 centimètres.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Dans sa forme classique bien connue, l'ulcère de l'estomac se présente avec des symptômes bien nets qui permettent en général un diagnostic prompt et facile.

Le malade, après une période plus ou moins longue de troubles digestifs, caractérisés uniquement par un état dyspeptique, nous montre assez brusquement des signes spéciaux à l'ulcère, et, en premier lieu, la douleur. Celle-ci apparaît la première la plupart du temps et elle manque rarement. Cette douleur, mordicante et térébrante, dit Dieulafoy, siège en un point précis, bien limité, au niveau de l'appendice xyphoïde, et est accompagné d'une douleur correspondante au niveau de la première vertèbre lombaire. Elle survient par accès, est exaspérée par la pression, la palpation de l'estomac; l'ingestion des aliments la réveille et elle persiste pendant toute la durée de la digestion stomacale.

Les vomissements constituent le second symptôme classique de l'ulcère. Ils font bien rarement défaut; ce sont des vomissements alimentaires, survenant après le repas, ou bilieux, le matin. Ils sont très acides et brûlent la gorge du malade.

Enfin signalons l'hématémèse comme symptôme capital. Elle ne survient que plus tardivement, après l'apparition des premiers symptômes décrits. Elle est souvent très

abondante au point d'être mortelle. Ordinairement, le sang épanché dans la cavité gastrique ne s'évacue pas complètement par la bouche; une certaine partie pénètre dans l'intestin et colore les matières qui deviennent noires comme du goudron. Le sang vomi par le malade, quelquefois très rouge, est le plus souvent noir et digéré en partie.

Parmi les signes moins importants de l'ulcère, notons la dilatation d'estomac qui est due soit à une sténose pylorique, soit à une contracture réflexe du pylore.

La céphalalgie, qui a été particulièrement signalée par Dieulafoy. Elle est violente, tenace, dit-il, et tourmente les malades autant que les douleurs stomacales; elle est le satellite de l'ulcère et point du cancer.

Enfin l'anémie, l'amaigrissement, la tendance à la cachexie, trois symptômes qui se rencontrent fréquemment chez les ulcéreux.

Tels sont les signes pathognomoniques de l'ulcus gastrique et le diagnostic serait facile si tous les cas correspondaient à ce tableau clinique. Malheureusement, bon nombre ne se présente à nous qu'avec des symptômes moins éclatants, et il faut alors s'entourer de toutes les garanties que nous fournissent l'examen clinique complet, le laboratoire et la radiologie pour arriver à dépister la maladie. Nous allons ici essayer de décrire les différents procédés que le praticien peut employer pour arriver à diagnostiquer un ulcère latent.

1° *Examen clinique.* — L'examen clinique, c'est-à-dire l'examen direct du malade au lit, peut nous fournir des renseignements très importants, à condition de les rechercher avec méthode. Ces renseignements, nous les recueillerons bien plus par l'étude objective de notre malade, que par l'interrogatoire, qui nous apprendra peu de choses dans l'ulcère latent.

Cet examen clinique nous amènera à penser à l'ulcère non seulement chez des malades qui se présenteront avec des troubles digestifs plus ou moins vagues, brûlures légères, crampes d'estomac, pesanteur après les repas, constipation, mais encore chez des personnes venant consulter pour des causes toutes différentes (amaigrissement, anémie, chlorose, céphalalgie tenace).

Prenons comme exemple un de ces cas d'anémie, ou de cachexie ulcéreuses, décrits par Hayem.

Le contrôle méthodique des divers appareils ne nous montre aucune lésion. Les poumons n'offrent pas de symptômes suspect, le cœur et les vaisseaux sont sains; le système urinaire et nerveux intact; pas de traces d'hystérie. L'appareil digestif nous montre des signes banaux d'abord: langue blanche, gêne après les repas, tiraillements d'estomac très irréguliers, constipation habituelle; par contre l'appétit est conservé.

Rien à l'inspection. Par la palpation, nous trouvons un ventre souple dans son ensemble; sans aucune trace de tumeur ni de tuméfaction; pas de douleur à la région appendiculaire, pas de ptoses des viscères, enfin aucun de ces états pathologiques qui, à distance, provoquent souvent des troubles digestifs. Mais, au niveau de la région épigastrique, nous trouvons une légère tension de la paroi, un peu de défense musculaire; en déprimant légèrement la région, nous trouvons du clapotage très net; en déprimant plus fortement, nous réveillons en un point précis, limité, le plus souvent au niveau du pylore, une douleur vive, qui fait crier le malade.

Enfin la percussion, nous indique que la sonorité gastrique est descendue au-dessous de l'ombilic, signe de dilatation de l'estomac.

L'ensemble de ces signes, troubles vagues, douleur à la

pression, dilatation, stase légère, qui seuls ont peu de valeur, en prennent une grande du fait de leur association, surtout lorsqu'ils s'accompagnent d'un symptôme, souvent négligé, et dont nous allons parler, de constipation.

La constipation se rencontre, dit Lœper, dans 70 % des cas d'ulcères; nous ne voulons pas parler ici d'une simple paresse intestinale, mais d'une constipation opiniâtre, tenace, véritable trouble pathologique.

C'est cependant un symptôme à ne pas négliger, car elle précède souvent les autres manifestations de l'ulcère et se montre en rapport avec la gravité de la maladie: sa disparition ou son atténuation étant l'indice avant-coureur de la guérison.

D'origine spasmodique, elle peut être due à un réflexe provoqué par l'hyperacidité du chyme, elle peut être due surtout à l'irritation péritonéale qui accompagne les ulcérations et si évidemment, dans la perforation aiguë, elle disparaît sous des symptômes plus brutaux, dans la perforation lente ou progressive, elle peut prédominer au point de devenir une cause d'erreur.

Dans l'ulcus simple, elle cède aux moyens thérapeutiques, mais dans l'ulcus térébrant, prêt à s'ouvrir, elle devient plus complète encore. Lœper dit même que la constipation arrivée à ce degré d'opinâtreté, devient un signe avertisseur de la perforation. Et il cite à l'appui de sa thèse le cas d'un malade, porteur d'un ulcère dont l'existence reste ignorée plusieurs années. Ce malade qui souffrait de troubles dyspeptiques vagues, n'attachait de l'importance qu'à une constipation opiniâtre, qui allait chaque jour en s'accroissant. Après une première crise de douleurs vives dans l'hypochondre droit qui cède à la morphine et que l'on pense être des coliques hépatiques, il présente brusquement quelques jours après, sans fièvre, ni vomissements, ni hématemèses, simplement, avec quel-

ques douleurs passagères, tous les signes d'une péritonite aiguë. On pense alors à un ulcère perforé, mais il est trop tard pour intervenir.

En reprenant cette observation, on voit que le seul symptôme qui se soit imposé à l'attention des médecins et même du malade, c'était une constipation très tenace, qui obligeait encore celui-ci, déjà presque mourant, à des efforts constants et impuissants.

Le symptôme constipation prend donc ici une réelle valeur diagnostique, surtout en raison du groupement bénin qui l'accompagne.

2° EXAMENS DE LABORATOIRE. — Le laboratoire nous fournit plusieurs éléments de diagnostic de l'ulcère. Nous allons les étudier successivement, en commençant par le plus important, la recherche du sang dans les selles. Nous envisagerons ensuite l'examen du liquide gastrique à jeun et du résidu stomacal après repas d'épreuve.

A. — Recherche du sang dans les selles :

La recherche du sang dans les selles a été décrite par Weber et Boas, à l'étranger ; en France, par Mathieu, Roux, Falloise, Ettinger, Cade, Bonnet, Becque, Rivat-Mulsant, Couturier, Thévenon, Rolland, etc. Elle constitue un moyen des plus utiles pour la découverte des petites ulcérations.

La présence de sang dans les selles, évidemment en quantité minime, peut être révélée soit par des méthodes chimiques, soit par des méthodes physiques.

Les premières, d'un emploi plus facile que les secondes, n'ont pas la même précision que celles-ci, mais peuvent être considérées dans la plupart des cas, comme suffisantes.

Signalons parmi les méthodes physiques, l'examen microscopique et la spectroscopie. Elles nécessitent une ins-

trumentation compliquée. Une troisième méthode est la recherche des cristaux d'hémine, décrite par Teichmann; mais elle est d'une technique très délicate et par suite n'est pas pratique pour le praticien.

Les méthodes chimiques sont, au contraire, tout à fait à la portée du médecin. Nous ne signalerons que les principales :

En premier lieu, la réaction de Weber: c'est la plus utilisée. Elle est basée sur la propriété de la teinture de gaïac qui, en présence de l'hémoglobine, donne une belle teinte bleue. La technique est celle-ci: un fragment de matières, trituré avec quelques centimètres cubes d'eau distillée, est additionné au tiers d'acide acétique glacé qui met l'hémoglobine en liberté. A ce mélange, on ajoute une égale quantité d'éther. L'éther dissout, l'hémoglobine qui surnage, et dans cet éther décanté on ajoute VIII à X gouttes de teinture de gaïac et II à III gouttes d'eau oxygénée. Un anneau bleu apparaît, si la réaction est positive, à la surface de séparation des deux liquides. Suivant l'intensité de la teinte, on peut juger de la quantité de sang contenue dans les matières. Pour la bonne marche de la réaction, il est recommandé de préparer extemporanément la teinture de gaïac: on rape quelques grammes de racine de gaïac et on en met une pincée dans 2 à 3 centimètres cubes d'alcool à 90°.

Après la réaction de Weber, la réaction la plus employée est celle de Mayer à la phénolphtaléine. On délaye un petit fragment de matières dans de l'eau oxygénée, et on ajoute un tiers d'acide acétique, ou une égale quantité d'alcool acétique. On verse ensuite de l'éther qui forme un extrait éthéré. On décante et l'on retire 2 à 3 centimètres cubes de ce liquide, auquel on mélange 1 centimètre cube de réactif (phénolphtaléine, 2 grammes; potasse caustique, 20 gram-

mes; poudre de zinc, 10 grammes; eau distillée, 100 grammes), et II à IV gouttes d'eau oxygénée. On agite: si la réaction est positive, le liquide devient rouge.

La réaction de Mayer modifiée comporte le remplacement de l'eau oxygénée par l'albuminate de manganèse.

Réaction d'Adler à la benzidine. — Un fragment de matières est délayé dans 5 centimètres cubes d'eau à laquelle on ajoute un tiers d'acide acétique. On prélève quelques centimètres cubes de ce mélange et on laisse tomber 1 centimètre cube de teinture de benzidine. On agite et on ajoute II gouttes d'eau oxygénée. La réaction positive donne une belle couleur bleu de Prusse.

Signalons enfin la réaction de Fleig à la fluorescéine, celle de Couturier à l'hématéine, celle de Thévenon et Roland au pyramidon.

Pour éviter que ces réactions ne soient troublées ou faussées par les aliments digérés, on laisse le malade au régime lacté ou aux lacto-farineux pendant quarante-huit heures et l'on supprime tout médicament. Le malade est examiné soigneusement afin d'éviter toute cause d'erreur, telle que la présence d'hémorroïdes ou des ulcérations à l'anus. Le malade enfin ne doit être ni un ictérique, ni un cirrhotique, ni un lithiasique biliaire, ni avoir des vers intestinaux.

Pour plus de sûreté, il est conseillé de faire plusieurs analyses répétées avec des réactifs différents.

En résumé, la recherche du sang dans les selles, faite avec soin, en s'entourant de toutes les garanties de sécurité, et par la méthode la plus habituelle, que l'on peut considérer comme suffisante, la réaction de Weber, constitue un excellent moyen de dépister une ulcération de la partie haute du tube digestif.

B. — *Examen du contenu gastrique:*

1° *A jeun.* — L'examen du liquide gastrique à jeun a été bien étudié par Timbal, Ramond, Lœper, M. Labbé, Carnot, Ettinger, Pron, etc. et il est appelé à nous rendre de grands services dans notre recherche de l'ulcère.

Normalement, en effet, après une nuit sans alimentation, l'estomac ne doit contenir aucun liquide: aussi la présence de liquide à jeun est-elle souvent l'indice, sinon d'une affection gastrique, du moins de lésions gastriques, comme l'affirme Pron.

La moindre ulcération s'accompagne, nous l'avons vu, le plus souvent de dilatation et de sténose organique, ou tout au moins spasmodique. Cette sténose en particulier entraîne l'évacuation retardée du chyme et, par suite, un certain degré de stase. Aussi la présence en quantité anormale à jeun de liquide gastrique, si elle n'est pas un symptôme véritablement pathognomonique d'ulcère, doit-elle, du moins, associée aux autres éléments de diagnostic, nous faire penser à l'ulcère.

Plusieurs procédés sont couramment employés pour déceler la présence de liquide dans l'estomac. Et d'abord le clapotage gastrique. Soit qu'on le pratique en déprimant brusquement la paroi stomacale, soit encore en secouant transversalement le malade, ce qui s'appelle la succussion hippocratique, soit enfin en auscultant la paroi à l'aide d'un phonendoscope pour mieux localiser les bruits, il constitue une méthode excellente et pratique.

Le tubage de l'estomac est cependant un procédé plus sûr et permet de recueillir le contenu gastrique. Il est admis, dit Lœper, que 40 à 50 centimètres cubes de liquide

ne sont pas pathologiques. Seuls des chiffres supérieurs sont des indications de lésions.

Pour éviter toute erreur, le malade doit être sondé au réveil, avant la sensation de faim, et ne doit pas avoir fumé; la nicotine excitant les glandes stomacales. Cette méthode doit être répétée à plusieurs reprises et n'a toute sa valeur qu'autant que les résultats sont constants.

Le liquide recueilli par tubage, analysé, est encore pour nous une source d'indications. Il peut contenir des débris alimentaires, de la salive, de la bile, du sang.

Il est ana ou hypochlorhydrique, normo ou hyperchlorhydrique. Il peut contenir enfin des acides de fermentation, tels que l'acide butyrique ou l'acide lactique, qui sont bien les indices de la stase.

Un liquide de stase, contenant quelques rares débris alimentaires et des hématies, et étant hyperchlorhydrique, est un bon symptôme d'ulcération gastrique. Et si l'ulcère s'accompagne de sténose pylorique marquée ou même de sténose médiogastrique avec biloculation, on peut retrouver dans le liquide des traces d'aliments ingérés la veille ou plusieurs jours auparavant.

L'absence d'acide lactique en présence d'HCl serait aussi pour Timbal, un signe d'ulcération gastrique, mais cette opinion est encore très discutée.

En résumé, d'après les conclusions de Lœper, la présence constante de liquide à jeun, est l'indice d'une affection gastrique; elle peut faire penser à d'autres affections que l'ulcère, telles que la ptose ou l'atonie, mais elle est le plus souvent lorsqu'elle s'accompagne d'hyperchlorhydrie un symptôme d'ulcération, de gastrite hypergénétique ou de maladie de Reichmann, ces deux dernières affections étant très probablement, dit l'auteur, les signes avant-coureurs de l'ulcus gastrique.

2° *Après repas d'épreuve.* — Le tubage de l'estomac après repas d'épreuve était la seule méthode employée jusqu'à ces derniers temps. Elle est évidemment sujette à de multiples erreurs; elle est encore cependant fréquemment employée.

Le procédé utilisé est le tubage de l'estomac une heure après ingestion du repas d'Ewald, modifié par Winter (pain blanc rassis, 60 grammes; sucre, 10 grammes; infusion légère de thé noir, un quart de litre).

Ce repas est évidemment assez éloigné de l'alimentation normale; d'autre part, l'extraction après une heure ne tient aucun compte des sécrétions retardées ni de la rapidité de l'évacuation. Il faudrait donc, comme le dit M. Labbé, faire des sondages toutes les demi-heures par exemple, et mesurer en même temps la concentration du liquide, comme le recommandent Hayem et Winter.

L'analyse chimique révèle entr'autres l'acidité totale et la quantité d'acide chlorhydrique libre.

Dans l'ulcération gastrique, en général, l'acide chlorhydrique libre, qui normalement est de 0,044 pour 100 centimètres cubes de liquide, se trouve porté à un taux beaucoup plus élevé, et en excès.

Signalons enfin que, dans l'ulcus, l'activité digestive est augmentée par suite de l'excès d'HCL; si nous faisons avaler au malade une perle d'éther, enfermée dans une capsule en caoutchouc léger, fermée au catgut, d'après le procédé de M. Léon Meunier, le suc gastrique digère le catgut, libère la perle d'éther qui provoque à ce moment-là une éructation d'éther au malade. Si cette éructation se produit avant une heure, c'est que l'activité du suc digestif est particulièrement augmentée, et nous devons penser au syndrome hyperchlorhydrie et de là à la possibilité d'une ulcération.

C. — *Recherche du sang dans l'estomac.*

Une méthode récemment décrite par M. Léon Meunier, permet de déceler assez facilement la présence de sang dans l'estomac. Mais, de plus, et c'est ce qui a fait l'intérêt vraiment pratique du procédé, elle nous fournit les moyens de reconnaître si ce sang est émis au moment de l'examen, ou bien si, ayant séjourné longtemps dans l'estomac, il a subi l'action des sucs digestifs. Et ceci a une grande importance. La présence de sang frais dans l'estomac, est, d'après l'auteur, l'indice d'une ulcération bénigne de la muqueuse, d'une érosion qui peut être spontanée et produite par le contact de la sonde. Comme l'on peut affirmer qu'une muqueuse saine ne saigne pas même avec un cathétérisme brutal, la présence de sang frais dans l'estomac est toujours l'indice d'une lésion de la muqueuse.

Mais, si au lieu de sang frais, l'examen nous montre la présence de sang digéré, nous devons alors penser à une atteinte plus profonde de la muqueuse, accompagnée de lésions anatomiques, nettement constituées. L'ulcère dans ce cas, est cause d'un suintement constant à l'intérieur de la cavité gastrique et le sang épanché est transformé pendant la stase stomacale par les sucs digestifs.

Ceci est très important, non seulement au point de vue symptomatique et diagnostique, mais encore et surtout, comme nous le verrons plus tard, au point de vue du pronostic et de l'indication du traitement.

La technique décrite par l'auteur est simple. Elle part de ce principe que, dans le sang frais, l'hémoglobine est soluble dans l'eau; dans le sang digéré au contraire, l'hématéine et le mucus qui l'entoure, sont insolubles dans

l'eau, mais solubles dans l'eau ammoniacale. Il suffit alors, chez un malade soumis à un régime sans viande depuis quarante-huit heures, de pratiquer un cathétérisme de l'estomac le matin à jeun. Un verre d'eau distillée est alors introduit par la sonde; on le retire aussitôt après dans un récipient A; on introduit ensuite par la sonde un deuxième verre contenant une solution ammoniacale (X gouttes d' AZH^3 pour 200 centimètres cubes d'eau distillée); on le recueille aussitôt, comme le premier, dans un autre récipient B.

Pour la recherche du sang dans les liquides ainsi recueillis, il suffit de mettre dans un tube à essai X gouttes de réactif à la phénolphthaléine de Mayer et I goutte d'eau oxygénée fraîche. On renverse alors le tube de façon à ce qu'il ne contienne plus que les parties du réactif adhérentes au verre. On verse alors à l'intérieur de la solution à examiner, A ou B, et on compte le nombre de secondes qui s'écoulent avant l'apparition de la teinture violette caractéristique de la présence du sang. Si rien n'est apparu au bout de 50 secondes, la réaction peut être considérée comme négative. La solution la plus riche en sang, dit l'auteur, est celle où la réaction apparaît dans un nombre de secondes moindre.

D. — *Cytologie gastrique:*

La cytologie de l'estomac est encore un procédé récemment décrit, qui peut nous rendre de grands services dans la recherche de notre diagnostic. Cette méthode a été particulièrement étudiée par Lœper et Binet, qui en ont été les promoteurs.

Si le chimisme gastrique en effet nous renseigne sur la

fonction de l'organe, la cytologie nous indique quel est l'état anatomique de la muqueuse. L'individu normal n'a ni desquamation épithéliale, ni réaction leucocytaire. La présence de ces deux phénomènes indique une lésion de l'organe.

La lésion n'est cependant pas en rapport avec l'abondance de la desquamation; il est évident, ainsi que le signalent les auteurs que, dans un état gastrique à sécrétion hyperactive, les cellules sont en partie digérées au fur et à mesure qu'elles tombent dans la cavité stomacale. Il en reste cependant suffisamment d'intactes pour permettre d'en étudier la forme et les granulations.

Ainsi, dans l'ulcus, la sécrétion est tellement abondante que leucocytes et cellules se trouvent en quantité assez minime. Mais on rencontre alors fréquemment des hématies, et une absence complète de bactéries. Quelquefois cependant, la desquamation intense, indice de l'altération profonde et étendue de la muqueuse, permet de retirer de nombreuses cellules. On reconnaît alors qu'elles sont vacuolaires et il est presque impossible de retrouver l'ébauche d'un noyau. On voit aussi quelques polynucléaires mais très mal colorés et à noyau fragmentaire.

La technique de Løper et Binet pour pratiquer la cytologie gastrique est encore simple. Le malade est à jeun depuis la veille au soir, afin de mettre l'estomac au repos. On introduit alors le tube de Faucher très délicatement pour ne provoquer aucun traumatisme de la muqueuse, et dans ce tube, on verse à l'aide d'un entonnoir 250 à 300 centimètres cubes d'eau distillée, que l'on recueille dans un premier verre. Si l'eau retirée ne sort pas absolument claire, on verse un second verre. L'estomac étant alors propre, on fait pénétrer dans sa cavité 250 à 300 centimètres cubes de sérum physiologique. Quelques

secondes après, le sérum est retiré dans un verre. On le laisse reposer, puis « on prélève une quantité suffisante pour remplir un tube à centrifuger. Il est essentiel de faire ce prélèvement dans la partie du liquide surnageant immédiatement le dépôt, constitué en grande partie par des substances alimentaires. On évite ainsi la salive qui reste à la surface. Il ne reste plus alors qu'à centrifuger 10 à 15 minutes, à étaler le culot sur lame, fixer par la chaleur ou le formol iodé, et colorer à l'hématéine-éosine ».

LA RADIOLOGIE

L'examen radiologique doit toujours être pratiqué avec grand soin, chaque fois que l'on soupçonne une affection gastrique. A lui seul, il peut ne pas constituer un élément de diagnostic absolument parfait en la matière, mais, lié aux autres éléments, il sert très souvent à confirmer un diagnostic resté douteux.

Nous nous occuperons plus particulièrement de la radioscopie, qui est le procédé le plus employé pour l'examen de l'estomac.

Dans l'ulcère de l'estomac, l'examen radioscopique peut être négatif et ne permettre par suite aucune conclusion ; mais le plus souvent, il donne au contraire des images gastriques typiques.

Le signe le plus net de l'ulcère gastrique récent est la biloculation spasmodique. Elle se caractérise par sa fixité, la constance de sa localisation, et les modifications qu'elle offre sous l'action des antispasmodiques. La biloculation s'accompagne d'une douleur vive à la pression, en un point limité, en général au niveau de la petite courbure. Biloculation et douleur sont des signes très importants, quand ils sont associés. L'examen nous révèle enfin le plus souvent un retard notable dans l'évacuation gastrique, signe qui, d'après Haudeck, manque très rarement dans l'ulcus.

Dans l'ulcus chronique ancien, nous retrouvons les mêmes signes que précédemment, mais on peut observer aussi deux types particuliers: la sténose médio-gastrique et l'estomac en escargot, la rétraction des tissus provoquant le relèvement du pylore vers le haut, ce qui donne à l'estomac la forme d'un escargot.

Le signe pathognomonique de l'ulcère calleux et pénétrant est le diverticule qui se présente sous la forme d'une ombre additionnelle juxtaposée à l'ombre gastrique.

Les signes que nous venons de décrire se rapportent à l'ulcère de la petite courbure: l'ulcus de la région du pylore présente en général moins de signes radioscopiques. Mais on note alors des troubles marqués de l'évacuation gastrique. Ceux-ci sont dus au spasme pylorique auquel succède plus tard la sténose du pylore. Si des adhérences se sont déjà établies, la mobilité de la région pylorique est aussi bien diminuée.

Dans tous ces examens, il faut prendre garde à plusieurs erreurs possibles. Il peut exister en effet de fausses biloculations, telles que celles qui sont produites par la compression du corset ou de la ceinture, une tumeur de la rate, le développement anormal du lobe gauche du foie; le refoulement, dû à un colon dilaté par les gaz; mais elles cèdent en général à une pression extérieure.

LA GASTROSCOPIE.

Nous ne parlerons ici que pour mémoire d'un procédé d'examen de la cavité gastrique, qui porte le nom de gastroscopie.

Il consiste en principe à faire avaler au malade un tube qui descend jusque dans l'estomac, muni à son extrémité d'une petite lampe électrique éclairant l'intérieur de l'organe. A l'aide d'un dispositif spécial, il est possible alors d'examiner dans tous ses replis la muqueuse gastrique, et d'en diagnostiquer les lésions.

Le gastroscope employé actuellement est celui de Leaning et Stiéda, modifié par le professeur Moure, de Bordeaux.

Cette méthode qui déjà par sa difficulté, n'est pas à la portée de tous les praticiens, offre peu d'intérêt dans l'ulcère. Elle est surtout utile dans le diagnostic du cancer de l'estomac au début et de l'ulcéro-cancer.

COMPLICATIONS ET PRONOSTIC

Le pronostic de l'ulcère banal est déjà sombre par lui-même, et cela en raison des complications nombreuses qui peuvent survenir pendant l'évolution de la maladie. Mais combien ce pronostic s'assombrit-il, lorsque l'on a affaire à un ulcère latent, dont la marche insidieuse et les allures bénignes semblent éloigner tout danger. Les complications sont les mêmes que plus haut, quelquefois plus fréquentes, toujours aussi graves; nous allons les indiquer ici.

L'hématémèse, ou vomissement du sang, est la complication la plus fréquente; c'est souvent le symptôme de début de l'ulcère latent. En général, elle est précédée de prodromes: pesanteur et chaleur à l'épigastre, tension épigastrique, anorexie, angoisse. Puis le malade pris de nausées, rejette une certaine quantité de sang, plus ou moins abondante. Ces phénomènes s'accompagnent d'éblouissements, de tintements d'oreilles, et de faiblesse du pouls. Elle peut être foudroyante et amener la mort en quelques minutes. Plus souvent d'intensité moyenne, elle revêt l'aspect d'une hémorragie à sang rouge, rutilant, qui peut se répéter plusieurs fois en vingt-quatre heures. Moins brutale que la première, elle amène le malade à une anémie progressive qui souvent devient extrême.

La péritonite aiguë, due à la perforation de l'ulcère, est encore une complication redoutable. Nous la trouvons as-

sez fréquente dans l'ulcère latent, comme nous l'avons dit, par suite de la réaction de défense insuffisante, que présente l'organisme autour de l'ulcère.

Il est de toute importance de la diagnostiquer le plus tôt possible, afin de pouvoir intervenir chirurgicalement avec quelques chances de succès. Sur 45 observations, rapportées dans la thèse de Ball, de décès survenus après péritonite par perforation, on peut noter qu'en moyenne la mort est survenue entre 20 heures et 26 heures après le début des accidents.

Les erreurs de diagnostic sont cependant faciles; Ball signale 33 erreurs de diagnostic sur 88 observations. On a pensé le plus souvent à une crise d'appendicite aiguë, ou bien à de l'occlusion intestinale. Nous retrouvons les diagnostics les plus divers: empoisonnement, pleurésie purulente, coliques hépatiques, salpingites, gastralgie, hystérie, coliques de plomb, coliques menstruelles, coliques néphrétiques, etc.

La péritonite par perforation débute par une douleur terrible; Dieulafoy l'a appelée: le coup de poignard péritonéal. Défense musculaire et contracture abdominale accompagnent la douleur. Le ventre est « dur et plat »; le météorisme en effet ne survient que plus tardivement. Les vomissements peuvent manquer mais ce n'est pas le cas le plus habituel; en général, ils sont fréquents, porracés et s'accompagnent de hoquet. La constipation est absolue, le facies grippé, le pouls petit et le malade succombe souvent dans le collapsus. La mort peut être foudroyante chez des gens qui n'avaient présenté antérieurement aucun symptôme gastrique et étaient en parfaite santé.

Dans quelques cas plus heureux, la péritonite s'enkyste, des adhérences se forment autour de la petite perforation. Il se forme alors le plus souvent des abcès circonscrits,

péritonéaux, gastrospléniques, gastrohépatiques, gastro-abdominaux ou sous-phréniques.

Dans les cas de péritonite enkystée, les symptômes cliniques sont moins violents. Comme l'abcès sous-phrénique est la forme la plus commune, ce sont ses symptômes que nous allons décrire. Une douleur violente, de la déformation de l'épigastre, et de la voussure au même niveau, telle est la triade symptomatique abdominale. Enfin on constate plus haut de l'élargissement de la base du thorax et les signes d'un épanchement pleural.

Ces abcès peuvent évoluer de différentes façons : ou s'ouvrir à la peau en laissant une fistule, ou se vider dans l'intestin grêle, ou provoquer une péritonite généralisée par rupture dans le péritoine, ou encore en perforant le diaphragme, provoquer une pleurésie purulente ou un pyopneumothorax.

Comme on le voit par les complications qu'il peut entraîner, l'ulcère est une affection très grave, mais il est encore un fait qui augmente sa gravité, c'est qu'il peut se transformer en cancer. La proportion serait de 6 % pour Rosenheim, de 9 % pour Lebert. Dieulafoy a longuement traité cette question.

TRAITEMENT

L'ulcère gastrique diagnostiqué quel traitement allons-nous imposer au malade? Sera-t-il médical, sera-t-il chirurgical? Ou bien ne tentera-t-on le second qu'après avoir longuement essayé le premier?

D'après les opinions actuelles, on tend de plus en plus vers le traitement uniquement chirurgical de l'ulcère chronique. Cependant bon nombre d'auteurs sont encore partisans du traitement médical, quand l'ulcère évolue sans complications.

En réalité, comme le disent Castaigne et Dujarier : « Médecins et chirurgiens peuvent se prêter une aide mutuelle pour la guérison de cette affection, mais à la condition que chacun d'eux ne veuille pas être trop exclusif. D'une part, quelques médecins, en attendant le moment où leurs malades sont trop affaiblis pour se décider à les faire opérer, méritent le reproche que leur adressait Kocher : « Messieurs les médecins, permettez-nous de guérir » vos malades ». D'autre part, quelques opérateurs trop audacieux justifient cette critique : Messieurs les chirurgiens, n'opérez pas sans indication formelle ».

L'ulcère simple, latent ou non, peut parfaitement guérir par le traitement médical. Si l'on en croit le résultat des autopsies, un certain nombre d'ulcérations gastriques ont évolué pendant la vie du malade, le plus souvent

sans qu'il s'en doute, laissant sur la paroi de l'estomac une cicatrice parfaitement visible, signe certain de leur existence.

Il est important de rechercher tout d'abord, par l'interrogatoire, l'examen du malade et les moyens de laboratoire, si l'ulcère ne peut pas être d'origine syphilitique. Pour peu que l'on soupçonne la syphilis, on doit appliquer aussitôt un traitement antisyphilitique énergique : préparations mercurielles et iodure de potassium. Et chez des malades, en état de cachexie complète, on assiste parfois, sous l'effet du traitement à de véritables résurrections, témoin l'observation de Fournier.

Parmi les ulcères non spécifiques, ce sont surtout les petites ulcérations qui évoluent le plus souvent d'une manière insidieuse, qui sont justiciables du traitement médical. Et à ce propos, le procédé d'examen de M. Léon Meunier, décrit plus haut, peut nous être d'une grande utilité. En effet, lorsque l'analyse du liquide de lavage stomacal aura montré la présence de sang frais, cela signifie que l'on a affaire à de petites ulcérations, qui ne saignent qu'à l'occasion d'un léger traumatisme, tel que le passage de la sonde gastrique. Le traitement médical leur conviendra très bien.

Pour les ulcères plus importants, on pourra essayer aussi les moyens médicaux, s'il n'y a pas de complications, mais l'indication est moins précise que tout à l'heure.

En cas d'hématémèse non répétée, surtout si l'on a affaire à un malade déjà anémié, la cure de repos absolu et, et un traitement médical seront seuls appliqués, de manière à laisser refroidir et cicatriser les lésions.

Le traitement de l'ulcère latent chronique sera surtout un traitement diététique, il consistera essentiellement en une alimentation : 1° inoffensive pour la paroi gastrique ;

2° séjournant le moins possible dans l'estomac; 3° excitant au minimum la sécrétion gastrique. Enfin par une médication appropriée, on essaiera de soustraire les parois de l'ulcère à l'action digestive du suc gastrique.

Le régime lacté est le régime qui répond le mieux à toutes les indications (Linossier).

En cas de répugnance, on pourra le mélanger à des matières grasses (crèmes, jaunes d'œuf) ou amylacées (riz, tapioca).

Ce régime, suivi pendant quelques semaines, amènera un repos très efficace pour l'estomac. Il pourra être suivi alors d'un régime moins sévère, qui permettra l'usage des pâtes, légumes et fruits. Les boissons alcoolisées ou fermentées bière, vin, seront proscrites.

L'hyperchlorhydrie sera calmée par la médication alcaline, on ne donnera pas le bicarbonate de soude à haute dose, en raison de la quantité de gaz qu'il fait dégager. On aura recours au traitement de Bourget: bicarbonate, 10 grammes; phosphate de soude, 2 grammes; sulfate de soude, 2 grammes, pour un paquet. Le malade pourra prendre plusieurs paquets dans la journée.

On procèdera enfin au pansement de l'ulcère, en donnant chaque jour des paquets de sous-nitrate de bismuth.

En cas d'hématémèse, suppression de toute alimentation buccale. Injections continues de sérum glucosé, adrénaliné, par le goutte à goutte rectal. Alimentation du malade par cette voie, jusqu'à cessation du méléna. Recommencer alors l'alimentation par la bouche, très progressivement, en surveillant toujours s'il n'y a pas de sang dans les selles.

La cure de repos absolu stomacal constitue la partie essentielle du traitement de l'hémorragie, mais il est évident qu'elle doit s'accompagner d'une médication hémostatique énergique, par voie sous-cutanée.

En présence d'une sténose pylorique, complication si fréquente de l'ulcère, il ne faut pas se hâter, dit C'astaigne, de recourir à un traitement chirurgical. Les troubles qu'elle provoque, sont dus non seulement à la lésion anatomique, mais encore et surtout bien souvent à des phénomènes circulatoires et nerveux. Aussi telle sténose qui paraît très serrée de prime abord, disparaît-elle quelquefois presque en totalité après un traitement médical approprié. En tout cas, ce traitement permettra d'apprécier quelle est la part due au spasme et celle due à la lésion.

Nous aurons recours ici encore à la médication alcaline, aux applications humides sur l'estomac, et, en cas de stase aux lavages gastriques.

Tel est le traitement médical de l'ulcère; en dehors de ces indications, on doit aussitôt mettre en œuvre le traitement chirurgical.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Une ulcération, donnant de petites hémorragies, continues (examen du sang dans les selles et procédé L. Meunier) ou encore procurant des hématomèses, survenant à intervalles réguliers, ou cause enfin d'une sténose rebelle à toute médication, nécessite l'intervention chirurgicale. Il en est de même évidemment pour l'ulcère perforant.

Divers procédés opératoires ont été successivement décrits et employés. La pylorectomie, pour l'ulcus pylorique, dont la première a été tentée par Rydigier en 1881 et la pyloroplastie, surtout utilisées par Mickulicz, sont des opérations graves (mortalité de 15 à 16 %), et ont été remplacées à peu près complètement par la gastro-entérostomie. Cette intervention est efficace non seulement dans l'ulcère et la sténose du pylore, mais encore dans tous les ulcères gastriques. Mayo Robson, de Londres, dit que la

gastro-entérostomie suffit, en mettant l'estomac au repos à amener la guérison, sans qu'il soit nécessaire d'exciser l'ulcère.

Sous l'effet de la gastro-entérostomie, la dilatation stomacale diminue rapidement, la stase s'amende également, les fonctions intestinales se régularisent et l'on voit cesser par le fait même, douleurs, vomissements et hémorragies. Par suite, l'état général s'améliore au point que certains malades, absolument à l'état squelettique avant l'intervention, reprennent très rapidement l'aspect de la bonne santé.

Au point de vue du processus chimique de la digestion, on constate que l'hypersécrétion diminue d'une façon constante, que l'hyperpepsie est également très modifiée, et que le reflux gastrique consécutif de la bile et des sucs intestinaux, loin d'être nuisible au malade, comme on l'objectait quelques fois, ne pouvait que lui être utile, en combattant l'hyperacidité gastrique (Soupault).

L'ensemble des résultats excellents, recueillis après gastro-entérostomie, en font l'intervention la plus indiquée dans les affections gastriques ulcéreuses.

CONCLUSIONS

I. — L'ulcère de l'estomac se présente quelquefois avec un ensemble de symptômes excessivement restreint, et constitue de ce fait pour les malades un danger beaucoup plus grand, en raison des complications soudaines et redoutables qu'il peut provoquer (hémorragies graves ou perforations gastriques).

II. — Nous devons penser à l'ulcère non seulement en présence de malades, porteurs de troubles digestifs, mais encore en présence de malades anémiques, chlorotiques, amaigris, cachectiques, pour peu que la clinique nous révèle quelques symptômes gastriques associés: douleur à la pression, dilatation; stase, constipation.

III. — Notre diagnostic se confirmera par les examens de laboratoire (recherche du sang dans les selles, dans l'estomac, examen des liquides gastriques à jeun et après repas d'épreuve, cytologie gastrique), la radiologie, et à la rigueur, la gastroscopie.

Dans les cas non spécifiques, nous réserverons le traitement médical aux petits ulcères, insidieux, non compliqués. Les malades, anémiés par une hématomatose violente ou porteurs d'une sténose du pylore peu serrée et spasmodique, pourront bénéficier aussi du traitement médical.

IV. — Dans l'institution du traitement, nous prendrons garde d'abord aux ulcères syphilitiques, qui nécessiteront une médication spéciale.

Le traitement chirurgical sera surtout indiqué dans les ulcères donnant de petites hémorragies continues, des hématémèses répétées, une sténose serrée du pylore. Il devra être pratiqué d'urgence en cas de perforation.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

C. H..., domestique, 42 ans, célibataire, entrée à l'Hôtel-Dieu de Monaco, le 27 octobre 1919.

Entre à l'hôpital pour hématomésès. La malade qui, antérieurement à l'accident, était en parfait état de santé, présente brusquement des vertiges avec tendance à la lipothymie et une douleur violente à l'estomac, s'irradiant dans le dos.

Ces phénomènes se produisent vers les 5 heures du soir, la malade se couche alors avec des nausées, et quelques instants après, se sentant mieux, se relève et tombe évanouie. Cette syncope, qui ne dure que quelques minutes, est alors suivie d'un effort de vomissement et la malade rejette un demi-vase environ de sang noir et épais. Après repos complet et un traitement d'urgence prescrit, elle est amenée le surlendemain à l'hôpital.

A l'entrée, voici les constatations qui sont faites : femme de complexion robuste, très pâle, facies grippé, extrémités froides, pouls misérable et rapide.

On ne trouve aucune lésion ni à l'appareil respiratoire, ni à l'appareil circulatoire. Par contre, la constatation d'autres symptômes montre bien que le sang rejeté venait de l'estomac.

Le ventre est légèrement ballonné et douloureux dans

son ensemble. Au niveau de la région épigastrique, on note un empâtement plus marqué avec une zone d'hyperesthésie nette. Les selles sont noirâtres, marc de café, franchement sanglantes.

La malade ne présente pas de fièvre, ni aucun autre symptôme pathologique aux autres appareils.

Quelques jours après, on procède à l'interrogatoire et voici les renseignements recueillis :

Antécédents héréditaires. — Père mort à 53 ans de grippe infectieuse, mère morte à 42 ans de fièvre typhoïde. Deux sœurs en excellente santé.

Antécédents personnels. — N'a jamais eu de maladies infectieuses.

Pas d'éthylisme, aucune trace de spécificité.

La malade n'a jamais souffert de l'estomac, qu'étant très jeune. A ce moment-là, aurait eu après les repas de la pesanteur, de la lenteur des digestions mais sans douleurs véritables. Au reste, depuis de nombreuses années, elle ne s'en plaignait plus et digérait parfaitement. A aucun moment n'a eu de douleurs ni de brûlures ; elle faisait un travail pénible et jouissait d'une santé parfaite.

Après un traitement médical, consistant d'abord en injections intra-rectales de sérum glucosé adrénaliné, et suppression totale d'alimentation par la voie buccale, l'alimentation normale est ensuite reprise progressivement, dès que toute trace de sang est disparue des selles. Un régime uniquement lacto-végétarien est prescrit et la malade sort de l'hôpital en excellent état.

Elle revient à la consultation environ un an après, ayant quelques brûlures à l'estomac.

On procède alors à un examen radioscopique et l'on constate les faits suivants (examen pratiqué par M. Bernin, radiologue de l'Hôpital) :

Bouillie arrivant normalement à la partie haute de l'estomac qui se dilate progressivement. La partie inférieure s'emplit plus lentement. Au bout de quelques instants, on voit à la naissance de la grande courbure une dépression permanente, très marquée. Dans toute la partie au-dessous de cette dépression, tout l'estomac est le siège de contractions rapides et violentes avec rapide évacuation dans l'intestin. Le point où se trouve la dépression n'est pas douloureux à la pression.

La recherche du sang dans l'estomac, pratiquée d'après le procédé de M. Léon Meunier, montre la présence de sang pur et de sang digéré, celui-ci en plus grande abondance.

La malade est opérée le 20 avril 1921, par le docteur Caillaud, qui fait une gastro-entérostomie, après avoir constaté sur la grande courbure, au point indiqué par la radioscopie, la présence d'un gros ulcère.

OBSERVATION II

H. L..., de nationalité anglaise, 35 ans, mariée, un enfant bien portant, sans profession.

Entre à l'Hôpital de Monaco pour vomissements de sang, survenus quelques jours avant.

Jouissant d'une santé parfaite jusqu'à ce jour, la malade est prise brusquement quatre jours avant son entrée à l'hôpital d'une sensation de lassitude extrême. Cette sensation est si violente que, ne pouvant rester dans la position debout sans sentir ses jambes se dérober ni éprouver des vertiges, elle se couche. À ce moment-là, elle dit avoir éprouvé une impression de chaleur intense dans tout le corps et en particulier au niveau du creux de l'estomac.

Elle se lève et aussitôt rejette par la bouche environ un demi-litre de sang très rouge.

Ce vomissement qui a lieu vers le commencement de la nuit, laisse la malade dans un grand état de faiblesse pendant les jours suivants. Elle reste à la diète complète, mais trois jours après, elle prend un bol de bouillon froid. Nouvelle sensation de chaleur à l'estomac et nouvelle hématomèse d'un demi-litre de sang environ, sans aucune douleur.

La malade, interrogée dès son entrée, donne les renseignements suivants :

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Rougeole et coqueluche en bas âge.

Pas d'éthylisme ; ne prend du vin aux repas que depuis son arrivée en France (15 mois). En Angleterre, ne prenait que du thé et de la bière.

Aucun symptôme de spécificité décelable.

A aucun moment la malade ne se rappelle avoir souffert de l'estomac. Ses digestions ont toujours été bonnes, et elle n'a jamais eu ni brûlure, ni douleur, même pas les jours qui ont précédé l'accident. Elle ne se plaignait en somme antérieurement que d'une constipation assez opiniâtre, mais elle n'a jamais eu ni selles noires, ni hémorragiques.

L'appétit était bon, ainsi que l'état général.

La radioscopie pratiquée le 21 décembre 1920, montre uniquement un estomac ptosé : son bord inférieur descend jusqu'à 7 à 8 centimètres au-dessous des crêtes iliaques. Mouvements péristaltiques lents, mais réguliers. L'estomac se vide normalement de sa bouillie bismuthée.

Cette malade, à la suite d'un traitement médical, est sortie de l'hôpital le 29 décembre 1920, en excellente santé.

OBSERVATION III

B. H..., 29 ans, employé comme garde-magasin au P.-L.-M., amputé de la cuisse le 18 novembre 1914, au cours de la campagne, pour gelure.

Entre dans le service de M. le professeur Ducamp, à l'Hôpital Suburbain, de Montpellier, le 31 décembre 1920, pour brûlures d'estomac et vomissements.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Rougeole en bas âge, appendicite à 14 ans.

N'a jamais souffert antérieurement de l'estomac, avait toujours bon appétit, digérait bien, bon état général, n'avait jamais eu jusqu'à ce jour de brûlures d'estomac.

Il y a dix jours, est pris brusquement de frissons violents qui l'obligent à quitter le travail, et à rentrer chez lui. Là, il a des vomissements alimentaires, sans efforts, qui depuis surviennent régulièrement.

Ethylisme léger, un litre de vin et deux apéritifs par jour.

A l'examen du malade, on constate que la langue est saburrale, sèche et que l'haleine est fétide.

A la palpation, on note une douleur localisée dans la région péri-ombilicale, avec irradiations dans les lombes. L'estomac est dilaté, il descend à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

La percussion douloureuse révèle à jeun du clapotage. Diarrhée séreuse, pas d'hématémèse.

Appareil respiratoire: rudesse aux deux sommets.

Rien aux autres appareils.

Le 4 janvier, le malade, dont les vomissements allaient depuis quelques jours s'atténuant, est pris brusquement

de nausées et vomit une assez grande quantité de sang rouge.

Le 14 janvier, malgré le traitement, nouvelle hématomèse.

On constata que la pression sur la quatrième vertèbre dorsale, réveille une douleur qui s'irradie en avant jusqu'au point douloureux gastrique.

La radioscopie montre une dilatation assez marquée de l'estomac; cet organe est fortement abaissé et descend jusqu'aux crêtes iliaques. Pas de biloculation, ni de tumeur apparente. Les contractions sont peu énergiques, elles n'amènent que très lentement l'évacuation de l'estomac.

Les examens de laboratoire ont tous montré la présence de sang dans les vomissements et dans les selles.

Pas d'acide chlorhydrique libre dans le liquide gastrique.

Ce malade qui a suivi pendant son séjour à l'hôpital un traitement uniquement médical, est sorti fin avril en parfait état de santé.

OBSERVATION IV

M. M..., 49 ans, salle Combal, n° 25, cultivateur. Entre le 13 mai 1921 pour douleurs violentes au creux épigastrique.

Antécédents héréditaires. — Mère décédée à la suite d'une typhoïde; frères et sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels. — Marié, veuf, a une fillette en bonne santé. A 24 ans a eu une pleurésie à droite qui l'a retenu un mois au lit. A été mobilisé (pendant la guerre, à la suite d'un froid, aurait perdu toutes ses dents?)

Il y a six mois seulement, a commencé à ressentir des douleurs au creux épigastrique, principalement après les repas. Le malade n'était soulagé que par le rejet total du bol alimentaire environ un quart d'heure après le repas. Vomissait en même temps des caillots de sang noirâtre, cela pendant les deux premiers mois de sa maladie.

La nuit ne dort pas bien à cause des douleurs gastriques. Le matin se sent très dispos et bien reposé. Depuis quelques temps n'a plus que des vomissements liquides et alimentaires. A perdu l'appétit depuis le début et aurait maigri considérablement. N'est pas constipé. Les selles sont noires. Mélæna.

Examen. — Etat général déficient. Langue très légèrement saburrale, le malade accuse de la douleur à la pression au creux épigastrique et au niveau de la vésicule biliaire. L'estomac est normal à la percussion, gargouillements intestinaux. Foie normal.

A. N.: Léger degré de myosis. Les réflexes pupillaires sont cependant normaux. Les réflexes rotulien et achilléen sont abolis. Le réflexe plantaire est conservé et normal.

A.R.: Myoœdème très marqué, amaigrissement accentué de la paroi thoracique. L'hémithorax gauche est déprimé en cuvette à la base en avant. En arrière, légère rétraction de la paroi à droite, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate.

A droite, et en avant, les vibrations sont diminuées; légère submatité, gros frottements. Aux deux sommets, respiration rude avec quelques gros râles de bronchite à la toux. En arrière, à droite, submatité. Abolition des vibrations à la base. Frottements. A gauche: respiration rude avec des ronchus.

A. C.: Dédoublément du deuxième bruit à la triscupide. Diagnostic probable: ulcère de l'estomac.

Traitement: 20 grammes de bismuth dans 250 grammes d'eau tous les matin; eau de Vichy.

Radioscopie de l'estomac: l'estomac est abaissé et dilaté, la grande courbure se projette sur le tiers moyen de l'articulation sacro-iliaque. Il existe à la base de la chambre à air un spasme assez intense et des particules de bismuth restent accrochées sur les parois de la portion tubulaire verticale.

Il n'existe pas d'adhérences avec les organes voisins.

Les contractions sont peu intenses. L'évacuation est lente.

Il faut se rappeler que cet homme est au bismuth depuis dix ou quinze jours.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRESEN. — Syphilis de l'estomac. *New-York M. J.*, 1918.
- BALL. — Perforation de l'estomac au cours des ulcères latents ou méconnus. *Thèse de Paris*, 1904.
- BOAS. — Diagnostic de l'ulcère de l'estomac par mise en évidence de sang dans les selles. *Deutsche Med. Woch.*, 19 nov. 1903.
- CAILLE. — Diagnostic clinique de certaines formes de localisation de l'ulc. de l'estomac et du duodénum. *Thèse de Paris*, n° 3, 1914.
- CHAUFFARD. — Ulcère de l'estomac. *Rev. génér. de clinique et de thérapeutique*, Paris, 1918.
- COMBAREL. — Variétés cliniques de l'ulcus gastrique. *Th. Toulouse*, 1900.
- CRUVEILHER. — Mémoire sur l'ulc. simple de l'estomac, 1838.
- DELORT. — Etude sur les sympt. de l'ulcus de la petite courbure. *Th. Paris*, 1919.
- DIEULAFOY. — *Pathologie interne*.
- Exulceratio simplex. Clinique méd., Hôtel-Dieu, 1897.
 - Syphilis de l'estomac. *Presse médic.*, janvier 1898.
 - Grande anémie, liée à l'ulcus. *Journ. des Pratic.*, 1910.
- ENRIQUEZ et DURAND. — Les sténoses pyloriques frustes à

- forme gastralgique. Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1913.
- FORGUE, VINON et ROUX. — A propos d'un cas d'abcès sous phrénique au cours d'un ulcère latent gastrique. Soc. des sciences méd. et biolog. de Montpellier et du Languedoc méditerranée, 1920, fasc. 1.
- FOURNIER. — Syphilis de l'estomac. *La Syphilis*, juillet 1902.
- GAILLARD. — Syphilis et ulcère de l'estomac. *Arch. gén. de méd.*, 1886.
- Gazette des Hôpitaux*. — Cyto-diagnostic des mal. de l'est. 5-1914.
- La syphilis gastrique, 7-1911.
- GENDRONNEAU. — Signes précoces et diagn. de l'ulc. juxta-pylorique. *Thèse Paris*, 1914.
- GIRAULT. — Hémorragies occultes du tube digestif. *Thèse Paris*, 1906.
- HACHE. — Ulcère latent de l'est.; perforation. Soc. de chir. nov. 1909.
- HAMANT. — De l'importance du diag. précoce des lésions de l'estomac. *Revue méd. de l'Est*, Nancy, 1920.
- Journâl Médical Français*. — Pathologie de l'estomac, août 1920.
- JULLICH. — Contribution à l'étude des formes cliniques de l'ulcus gastrique chronique et récidivant. *Thèse Paris* 1905.
- LABBÉ. — Sondage à jeun; valeur pronostiq. du chimisme. Soc. méd. des hôp. de Paris, mai 1919
- LACASSAGNE. — Ulc. syphil. guéri par traitement mixte. *Thèse Lyon*, décembre 1911.
- LASNIER. — L'ulc. chronique simple chez l'enfant. *Thèse Paris*, 1908.
- JAUGEAS (F.). — *Précis de radiodiagnostic*.

- LERICHE. — Ulc. hémorragique de l'estomac. *Thèse Paris*, 1907.
- LÉPER. — Ulc. dissimulé de l'estomac. *Monde médical*, oct. 1919.
- MATHIEU. — Pathologie de l'ulcus. *Gaz. des hôpit.*, 2061, 1919.
- MAYO ROBSON et MOINIHAN. — Diseases of the stomach., 1904.
- MOURE. — L'examen gastroscopique. *Presse médicale*, 2-1912.
- ETTINGER. — Des sténoses méconnues du pylore au cours de l'ulcus gastrique. *Semaine médicale*, 1905, n° 38.
- PATER. — Syphilis de l'estomac. *Thèse Paris*, mars 1907.
- PRON. — Contenu stomacal à jeun à l'état pathologique. Maloine, Paris, 1918.
- Ligne de conduite du praticien pour le diagnostic d'une gastropathie. *Rev. gén. de clin. et de thér.*, Paris, 1918.
 - Une erreur négative fréquente en radioscopie de l'estomac. *Id.*, 1919.
- QUÉNU. — Ulcère simple hémorragique. Soc. de chirurgie, 1904.
- RAMOND et ROBERT. — A propos de la présence du suc gastrique à jeun dans l'estomac. Soc. méd. hôp., Paris, déc. 1918.
- ROSIEM. — Ulcus hémorragie gastrique et duodénal. *Th. Lyon*, décembre 1913.
- RYDIGIER. — Ulcère de l'estomac. *Revue de chirurgie*, décembre 1913.
- SANTY. — *Thèse de Lyon*, 1914.
- SARDOU. — *Thèse de Montpellier*, 1910.
- TERNIER et HARTMANN. — Chirurgie de l'estomac, 1899.
- TROUSSEAU. — Cliniques médicales.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :
*Contribution à l'Étude des ulcères
latents de l'estomac, par M. René
Souller.*

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 29 juin 1921.

Le Professeur.

DUCAMP.

Vu :

Montpellier, le 19 juillet 1921.

Le Doyen :

F. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer.

Montpellier, le 19 juillet 1921

Le Recteur.

Jules COULET.

